

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES

DE LA PAROI ABDOMINALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Novembre 1920

PAR

Salvatore COHEN - BOULAKIA

Né à Tunis le 7 décembre 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		VEDEL, professeur.		
		RICHE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES HYDATIQUES
DE LA PAROI ABDOMINALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0133

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES

DE LA PAROI ABDOMINALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Novembre 1920

PAR

Salvatore COHEN-BOULAKIA

Né à Tunis le 7 décembre 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		VEDEL, professeur.		
		RICHE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM N.....	DOYEN.
FORGUE (O *).	ASSESSEUR.
N.....	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Chirurgie chirurgicale.....	MM FERNET (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DU CAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRET (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABAUD (*).
Chimie biologique et médicale.....	DEBRIEN (*).
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	VEDEL.
Médecine légale et toxicologie.....	N...
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino.....	MOURET.

Doyens honoraires : MM VIALLETON, MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaires honoraires : MM GOT, IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	N...
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O *, a. l. (ch. de c.))
Médecine opératoire.....	SOURVYAN (*, a. l. (ch. de c.))
Pathologie externe.....	ETIENNE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.....	N...
Stomatologie.....	WATON (*), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	MESTREZAT.
LEENHARDT.	RUZIERE.	LAPEYRE.
GAUSSEL (*).	J. DELMAS (*).	MARGAROT.
RICHE (*).	RIMBUD (*).	STROHL.

Examineurs de la thèse

MM. FORGUE, profes., <i>président</i> .	—	MM. RICHE, agrégé.
VEDEL, professeur.	—	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

*Leur affection, qui a été et sera toujours
mon guide le plus sûr, voudra trouver
dans cet acte final de ma scolarité la
récompense de leurs sacrifices.*

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MES PARENTS, A MES AMIS

S. COHEN BOULAKIA.

AU DOCTEUR ÉLIE COHEN HADRIA

En gage de notre indéfectible amitié,

A MON MAÎTRE

LE DOCTEUR C. ODDO

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE À L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

*En reconnaissance de sa bienveillante
sympathie.*

S. COHEN-BOULAKIA.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour le remercier de l'honneur qu'il
nous a fait de vouloir bien présider
notre jury de thèse.*

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL.

MONSIEUR RICHE, PROFESSEUR AGRÉGÉ.

S. COHEN BOULAKIA.

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE L'ÉCOLE
DE MARSEILLE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

S. COHEN BOULAKIA.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES

DE LA PAROI ABDOMINALE

INTRODUCTION

Nous avons l'habitude, pendant les vacances estivales que nous passons auprès de notre famille à Tunis, de suivre dans ses visites hospitalières et assister dans ses opérations, notre cousin et ami le docteur Benjamin Lévy, dont nous nous plaisons à reconnaître ici et la science et l'affectueux dévouement qu'il nous a toujours montré.

C'est ainsi que nous eûmes l'occasion d'observer avec lui en septembre 1920, un cas de kyste hydatique de la paroi abdominale; sachant la rareté de cette localisation nous en prîmes l'observation, nous réservant d'en faire une étude plus approfondie dès notre rentrée en France. Nos recherches nous permirent alors d'établir avec certitude la rareté remarquable des kystes de la paroi abdominale, nous jugeâmes utile de réunir tous les documents parus à ce sujet,

en y joignant notre observation personnelle, pour en faire une étude aussi complète que possible.

Nous l'avons divisée en six chapitres :

- 1° Historique;
- 2° Etiologie et pathogénie;
- 3° Caractères anatomiques;
- 4° Symptomatologie;
- 5° Diagnostie;
- 6° Pronostic et traitement.

La dernière en date, des observations, fut recueillie à Montpellier, dans le service de M. le professeur Forgue, par M. E. Chauvin, actuellement professeur suppléant de pathologie chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille.

Celui-ci a bien voulu nous guider de ses savants conseils; il fut pour nous un aide très précieux, nous l'en remercions bien profondément.

Notre gratitude va également à M. le professeur Forgue pour la bienveillance qu'il nous a témoignée et qu'il voudra bien montrer encore ici à notre modeste travail.

OBSERVATIONS

I

OBSERVATION (Traduction de l')

Publiée par le docteur Themisto de Laurenti, chirurgien adjoint de l'Ospedale Consorziale in Civita Castellana, dans la *Gazzetta Medica di Roma* du 15 juin 1914.

Ayant eu l'occasion d'étudier et d'opérer un cas de cette affection peu commune, je crois utile de le rapporter comme simple contribution à la statistique.

C. A..., âgé de 72 ans, né à Rome.

Diagnostic. — Bronchite chronique. « Hôpitaux réunis de Rome. Annexe Cronici S. Spirito. Civitacastellana » (salle Audosilla, n° 36).

Depuis trois ans, le malade a remarqué au niveau de la paroi abdominale, quadrant inférieur droit, l'apparition d'une tumeur qui s'est accrue progressivement, de forme arrondie, indolente, mobile.

Bon état général par rapport à son âge. Sensibilité conservée. Décubitus indifférent. Masses musculaires et adipeuses peu développées. Peau et muqueuses visibles, pâles. Développement du squelette régulier; pas de déviations du rachis; pas de douleur sur la ligne des apophyses vertébrales.

Langue saburrale. Poumons: léger emphysème. Cœur;

aire cardiaque un peu couverte, tous arythmiques. Pouls à 78, arythmique et à pression élevée. Foie: se palpe. Rate: dans les limites normales. Système glandulaire lymphatique et nerveux: rien de pathologique. Examen des urines clinique et microscopique, normal. Examen du sang: éosinophilie accentuée.

Reportant notre attention à l'abdomen, on rencontre au niveau du quadrant inférieur droit la présence d'une tumeur, de forme ronde, de la grandeur d'une mandarine, entièrement mobile, indolente. La peau peut se plisser au-dessus, elle ne présente pas de développement de réseau veineux anormal.

On diagnostique un kyste, superficiel, à même la paroi, et on décide d'intervenir chirurgicalement.

Opération le 3 janvier 1912. Antisepsie préalable à la Grössich et anesthésie locale à la novocaïne; je pratique une incision suivant l'axe de la tumeur, que je décolle facilement et qui présente des adhérences lâches sur l'aponévrose du grand oblique.

Le kyste est ouvert, on y trouva deux autres vésicules filles et on nota la présence du liquide caractéristique, et légère calcification de quelques points de la paroi.

On reconstitue les plans à points détachés, à la soie. Après huit jours, enlèvement des points de suture: guérison *per primam*.

II

OBSERVATION sur un kyste hydatique de la paroi abdominale

Par M. E. Chauvin. (Société des sciences médicales de Montpellier, in *Montpellier Médical* du 15 février 1920).—

Le soldat J. L..., entre dans le service de M. le professeur Forgue au début de septembre 1915, présentant dans

la partie droite de l'abdomen une tumeur d'origine fort ancienne.

Elle se serait développée à la suite d'un traumatisme subi en 1888, soit vingt-sept ans auparavant. A cette époque le malade aurait reçu sur l'abdomen une volumineuse pièce de bois de huit quintaux. A la suite du traumatisme, il aurait présenté des phénomènes graves avec vomissements sanglants et selles noirâtres. Il n'a cependant gardé le lit que huit jours, il a pu reprendre assez vite son métier de scieur de long qu'il n'a jamais interrompu depuis. Lentement et progressivement, une tumeur s'est développée au point contus, tumeur dont le volume est aujourd'hui stationnaire depuis de longues années.

Actuellement, le blessé n'accuse aucune douleur vraie, mais une sensation de tiraillement et de pesanteur qui gêne l'accomplissement de certains mouvements et rend pénible la marche prolongée. Aucun trouble d'ailleurs du côté des appareils; et en particulier du côté des appareils digestif et urinaire.

A l'examen, on observe dans la moitié droite de l'abdomen, une tumeur à relief très net, de forme sensiblement ovoïde, à grand axe vertical, qui mesure 18 centimètres dans sa plus grande dimension, et 14 dans le sens opposé. La peau ne présente à son niveau aucune modification.

La palpation apprécie plus exactement le contour de la tumeur, qui affleure en haut le rebord costal et l'atteint même vers l'extrémité de la neuvième côte. Il rejoint ensuite la ligne médiane en passant à un travers de doigt de l'appendice xyphoïde; il la dépasse et après un trajet curviligné, revient se perdre dans la fosse iliaque droite. En bas et en dehors les limites de la tumeur sont imprécises. Sa forme est d'ailleurs assez irrégulière lorsqu'on l'étudie par une palpation attentive. Elle paraît pousser à sa

périphérie des prolongements reconnaissables à leur consistance plus ferme et de forme variable, que l'on trouve surtout nets en bas et en dedans.

La consistance n'est point homogène. Au niveau du pôle supérieur on perçoit une vague fluctuation, tandis que l'extrémité inférieure est ferme et résistante. Il semble que la tumeur plonge dans les plans profonds, mais la sensation en est assez obscure.

En dedans et à gauche du pôle supérieur, la sonorité gastrique est évidente. On retrouve en dehors du bord externe la sonorité du colon. Au niveau du pôle inférieur, si l'on part de la sonorité de la fosse iliaque, on s'aperçoit, en remontant, que cette sonorité s'étend à peu près jusqu'à l'horizontale passant par l'ombilic. La partie haute toute entière, est mate à une percussion superficielle. Sur toute l'étendue de la tumeur, cependant, on peut, par une percussion profonde, retrouver la sonorité des organes sous-jacents.

La mobilité dans le sens transversal est nette et manifeste. On peut mobiliser la tumeur de l'hypochondre droit vers la région sous-costale gauche. On peut, en la refoulant vers la gauche, amener son bord droit à trois travers de doigt de la ligne médiane. En sens inverse, on peut amener son bord gauche à la ligne blanche. Dans le sens vertical, par contre, la mobilité se réduit à de très faibles oscillations sur palce.

Si l'on demandait au malade de s'asseoir sans s'aider de ses mains, la contraction des muscles abdominaux n'effaçait pas la tumeur; elle la fixait, par contre, et lui faisait perdre toute sa mobilité.

Après une étude méticuleuse de ces divers symptômes, le diagnostic, porté par M. le professeur Forgue, fut: kyste hydatique de la paroi.

Ce diagnostic fut vérifié au cours de l'intervention pratiquée le 24 septembre 1915.

Une incision verticale, menée suivant le grand axe de la tumeur, ouvrit immédiatement au-dessous des téguments épaissis et lardacés dans leurs plans profonds, une poche kystique, volumineuse, qui soulevait la peau en avant et refoulait en arrière le péritoine, les tissus intermédiaires paraissant avoir été, sinon détruits, du moins gravement transformés comme nous allons le voir. Aussitôt le contenu vidé, louche, épais, d'un blanc jaunâtre, avec quelques vésicules filles, la membrane hydatique se détacha spontanément des plans superficiels; elle se trouvait par contre assez fortement adhérente aux plans profonds desquels elle fut cependant assez aisément détachée. A ce niveau, la paroi sous-jacente au kyste était constituée par une sorte de tissu feuilleté, formé de strates fibreuses superposées, et que l'on pouvait séparer par clivage. Après avoir décollé plan par plan un certain nombre de ces lames conjonctives, on dût s'arrêter par crainte d'ouvrir le péritoine sous la traction, et une partie de ce tissu dense et stratifié fut abandonné. Il représentait peut-être les diverses couches de la paroi abdominale, refoulées et sclérosées par la compression; le nombre de feuillets, cependant, était très supérieur à celui des couches normales de la paroi.

Suture sur un drain, suites satisfaisantes. Le malade sort guéri quarante jours après son opération.

III

OBSERVATION PERSONNELLE

Recueillie par le docteur Benjamin Lévy, de Tunis

Il s'agit d'un indigène, un bédouin de la campagne algérienne (frontière algéro-tunisienne, département de Constantine), âgé environ de 30 ans, qui vint consulter à son cabinet le docteur B. Lévy. Celui-ci, après l'avoir examiné, ne pose pas immédiatement de diagnostic et le fait entrer à l'hôpital.

Depuis quatre mois était apparue dans la fosse iliaque gauche un peu au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, une tumeur de la grosseur d'une grosse noix environ, qui, depuis, s'est développée pour atteindre le volume actuel, jetant notre malade, pusillanime et ignorant, dans la plus grande inquiétude. Il ne ressentait, en effet, aucune douleur, il n'accusait aucun trouble particulier, notre examen ne nous permit de rien découvrir, particulièrement du côté des appareils digestif et urinaire. Nous ne pûmes établir s'il y eut ou non traumatisme, nous pensons néanmoins que le malade eût pu se le rappeler si le coup avait été un tant soit peu violent.

A l'examen, on observe une tumeur un peu plus grosse que le poing, d'aspect régulièrement arrondi. La peau est normale à son niveau, mobile au-dessus de la tumeur.

A la palpation, on peut limiter en haut la tumeur qui dépasse légèrement l'horizontale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure, suivre la circonférence en son bord latéral interne pour le perdre petit à petit dans l'imprécision.

sion de la limite inférieure, profondément en pleine fosse iliaque.

La consistance en est ferme, avec cependant une sensation assez nette de rénitence.

À la percussioon, légère matité sur la tumeur; la sonorité abdominale est conservée partout ailleurs.

La mobilité avec la paroi relâchée est très relative, limitée dans tous les sens.

On ne pouvait vraiment déterminer avec certitude si la tumeur était extra ou intra-péritonéale.

Nous nous arrêtâmes sur deux diagnostics au point de vue siège anatomique:

a) *Rein.* — Hydronéphrose ou tumeur liquide pararénale et même rétro-péritonéale de la fosse iliaque; l'analyse des urines n'a révélé aucun trouble physiologique des reins.

b) *Paroi abdominale.* — Sensation trop confuse, la tumeur ne paraît pas assez superficielle.

Quant à la nature de la tumeur liquide, nous envisageâmes la grande probabilité du kyste hydatique, affection si fréquente chez ces campagnards, observée presque quotidiennement par les chirurgiens nord-africains, et notre, cousin, pour sa part, venait d'opérer deux kystes hydatiques du foie dans la même semaine.

L'intervention fut immédiatement décidée et pratiquée le lendemain 14 septembre 1920.

Nous fîmes une incision parallèle à celle de Jalaguier et à 3 centimètres environ en dehors d'elle, qui eût pu nous servir comme voie d'accès para-péritonéale jusqu'au rein si besoin était. Cette incision ne passait pas en effet sur le grand axe de la tumeur, qui restait à 4 centimètres environ en dehors.

Nous sectionnons les fibres du grand oblique et avançant prudemment, nous allons ouvrir sous le petit oblique une

poche kystique dont le contenu se vide, épais, blanc sale, avec de nombreuses vésicules. Nous pûmes dégager facilement la membrane du péritoine sous-jacent, après avoir détaché au doigt de lâches adhérences avec la paroi postérieure du muscle petit oblique.

Lavage de la poche, réfection serrée du plan profond, puis des plans moyens et suture de la peau sur un drain.

Pas de complications locales, guérison par première intention; le malade sort le quatorzième jour après son opération.

CHAPITRE PREMIER

Le Dentu et Delbet (1) consacrent à peine ces quelques lignes aux kystes hydatiques de la paroi abdominale :

« Moutet, de Montpellier (2), a parlé le premier des kystes hydatiques siégeant autour de l'ombilic dans le tissu cellulaire sus-péritonéal. Ces kystes ne sont remarquables que par la lenteur extrême de leur évolution, 35 ans dans un cas de Courty ; ce sont des tumeurs rares ».

Et en effet, depuis cette monographie de Moutet, parue en 1871, on ne rencontre aucun travail d'ensemble sur ce sujet jusqu'en 1905 où Charles Lenormant publie, dans la *Revue de chirurgie*, pages 446 à 466, son excellent travail qui va nous servir de guide et auquel nous ne pourrons qu'ajouter les observations parues depuis et les quelques remarques nouvelles et les considérations qui s'y rattachent.

Lenormant, après avoir signalé l'article de Ledderhose, dans la *Deutsche Chirurgie* (3), qui n'est appuyé sur au-

(1) *Traité de chirurgie*, sous la direction de Le Dentu et Delbet. « Affections de l'abdomen », par Guinard.

(2) Des kystes hydatiques de la paroi abdominale antérieure. *Montpellier Médical*, 1871, XXVII.

(3) *Die chirurgischen Erkrankungen der Bauchdecken und der Milz*, p. 35, 1890.

cune observation personnelle, cite les huit observations de Moutet, desquels trois cas lui paraissent douteux, parce que rapportés d'une façon trop succincte et trop vague pour être différenciés de kystes viscéraux ouverts à l'extérieur, accident assez fréquent dans l'évolution de ces kystes, ceux du foie en particulier. Il élimine donc ces trois cas, ainsi que le cas douteux de Forguet rapporté par Marguet dans sa thèse sur les kystes hydatiques des muscles volontaires (Paris, 1888) : celui-ci, réunissant 130 cas de kystes occupant tous les points du système musculaire, en rapporte cinq seulement siégeant au niveau de la paroi abdominale et en signale six autres, dont le cas douteux déjà cité de Forguet. Avec cinq observations, dues à Vigneron (1), Treuberg (2), Tscherniansky (3), Tiling (4), Goutscharow (5) et la sienne, il totalisait 21 observations, sans compter celle due à Bartolo Nigrosoli qu'il avait trouvée, signalée sans aucun détail, dans le *Centralblatt für Chirurgie* de 1893 et qu'il n'avait pu se procurer.

Enfin, il insistait pour mettre en évidence, dès le début, la distinction qui lui paraît capitale dans l'histoire des kystes de la paroi : d'une part les kystes développés dans l'épaisseur même des muscles qui constituent la paroi abdominale ou dans les interstices cellulaires qui séparent ces muscles, kystes des muscles de la paroi, et d'autre part, les kystes siégeant au-dessous des lames musculaires, dans la couche conjonctive qui double le feuillet pariétal du pé-

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1888.

(2) *Echinococcus der vorderen Bauchwand*, *Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 14, 1892.

(3) et (4) Cités par Most, *Beitrag zur Lehre von den Echinocokkengeschwulsten*, *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, 47, p. 590, 1897.

(5) *Medecinskoje Obosrenje*, n° 10, 1902.

ritoine, autrement dit kystes pré-péritonéaux. A ces kystes, déjà distincts par leur siège, il attribuait des caractères anatomiques et cliniques nettement différenciés, sans toutefois se prononcer d'une manière absolument précise et définitive.

Aussi, en 1910, P. Gorse, dans le *Bulletin médical de Paris*, XXIV, pages 287 à 289, reprenait la question en apportant une observation personnelle d'un kyste pré-péritonéal opéré dans le service du professeur Jacob, à Lyon, et, reconnaissant avec la presque unanimité des auteurs la nécessité de cette distinction, faisait davantage encore ses réserves quant à la différenciation trop distincte qu'on a faite de leur symptomatologie.

Depuis, il ne devait plus paraître que des observations isolées nettement et indiscutablement désignées.

Nous n'avons pu nous procurer les publications rapportant un grand nombre de cas de kystes hydatiques pour nous assurer s'ils ne signalaient pas quelques cas de kystes de la paroi, tels « 970 cas de kystes hydatiques en Argentine », par Herrera, Vegas et J. Cranwell; « Unusual cases of hydatid diseases », par O'Hara et Ramsay, dans *Australas Medical Gazette* de Sydney, 1913, XXXIV et XXXIII; « Contributo alla casistica delle cisti da echinococco a sede rara », par Calderara, dans *Clinica chirurgica* de Milan, 1915, XXIII; sauf la « Contribuzione allo studio di alcune rare localizzazione dell echinococco », par Putzu, dans la *Gazzetta internazionale di medicina*, de Naples, 1913, XVI, où nous pûmes savoir que l'auteur ne relatait pas de kystes de la paroi abdominale,

Nous signalerons seulement l'article de Blaksley sur « un kyste hydatique de la région inguino-crurale », paru dans la *Semana medica de Buenos-Aires*, 1917, XXIV, et celui de Vergano « Un caso di cisti da echinococco della

parete abdominale dans la *Policlinica*, Rome, 1919, XXVI.

Car de ces publications étrangères nous n'avons pu obtenir que le numéro de la *Gazzetta Medica di Roma*, 1914, XL, contenant l'observation de T. Laurenti sur « Echinococco della parete abdominale »; nous l'étudierons ici avec la dernière parue dans *Montpellier médical*, XI, février 1920, due à M. E. Chauvin, et recueillie dans le service de M. le professeur Forgue.

Enfin, notre récente observation, encore inédite, nous a paru mériter de prendre place à côté de ces précédentes, nous les avons réunies toutes trois au début de ce travail.

CHAPITRE II

Nous rappellerons brièvement le mécanisme de l'infection (1).

On sait, depuis Pallas et Bremsér, que l'échinococose est une affection due au développement de l'embryon hexacanthé du *Tœnia Echinococcus*, hôte normal de l'intestin du chien. Cet embryon se transforme en une larve, appelée hydatide ou échinocoque, qui s'entoure d'une enveloppe où il s'enkyste, et c'est à l'ensemble de cette membrane et de l'hydatide qu'elle contient qu'on a donné le nom de kyste hydatique.

Cette transformation se produit, après l'ingestion des œufs du ténia, là où va s'arrêter sa migration : sous l'action des différents sucs de l'estomac et peut-être aussi parce qu'il se trouve dans son milieu de développement, l'œuf perd sa coque chitineuse, et l'embryon ainsi libéré arrive à l'intestin. Là, où il est rejeté avec les fèces, ou au contraire, avec ses crochets, l'hexacanthé se fixe à la paroi intestinale ; il la perfore, tombe dans une des ramifications de la veine porte et arrive ainsi au foie, réalisant le cas de beaucoup le plus fréquent, kyste hydatique du foie (Madelung : 69 p. 100). Puis, s'il a pu continuer, sans se

(1) *Traité et Précis de Parasitologie*, de Blanchard, — Brumpt, — Neveu-Lemaire, — Guiart, — Verdun.

fixer, à suivre le courant sanguin, c'est-à-dire la veine cave et le cœur droit, il est lancé dans la circulation pulmonaire où le réseau capillaire du poumon va lui offrir un second obstacle, ce qui explique encore pourquoi les kystes hydatiques du poumon sont, après ceux du foie, ceux que l'on observe le plus souvent (Madelung: 11,9 p. 100).

Enfin si l'embryon a pu encore perforer les capillaires pulmonaires, il arrive dans le cœur gauche et est lancé par l'aorte dans la circulation générale pour aller se fixer dans un organe ou viscère quelconque, plus ou moins éloigné suivant la voie qu'il aura suivie.

Quelquefois, l'embryon arrivera à la circulation générale en pénétrant dans le chylifère central d'une villosité, puis, suivant le courant lymphatique, dans les ganglions mésentériques, la citerne de Pecquet et le canal thoracique pour aboutir à la veine cave supérieure et de nouveau le cœur droit et la circulation pulmonaire. Et quoi qu'il paraisse difficile d'admettre que cet embryon puisse franchir les ganglions du mésentère, cette voie, qui évite le foie, va permettre toutes les localisations extra-hépatiques et même extra-pulmonaires, car il semble bien que l'obstacle du poumon ne sera pas trop difficile après celui qu'ont constitué les ganglions. Cette difficulté d'ailleurs explique également la rareté de ces localisations, ajouté à ce fait généralement admis que, dans l'immense majorité des cas, le transport de l'embryon se fait par la veine porte jusqu'à l'épaisseur de la glande hépatique dont le réseau capillaire va les arrêter presque tous.

Et néanmoins, même ce passage de l'embryon à travers les capillaires du foie n'est pas admis par tous les auteurs: si Neisser défend la voie lymphatique déjà décrite, Chachereau fait passer les embryons par l'ampoule rectale, les veines hémorroïdales et le système cave. (Ce passage

par le rectum sera encore invoqué dans les localisations rétro-vésicales des kystes hydatiques, directement de la paroi antérieure du rectum à l'espace cellulaire rétro-vésical. Tuffier, Thèse de L.-M. Franè, Bordeaux, 1915).

Dévé (1) admet que les germes traversent la paroi du duodénum, pénètrent dans le plexus de Retzius, c'est-à-dire dans les voies anastomotiques des radicules de la veine porte et des veines du péritoine pariétal dépendant du système cave, et dès lors, au gré du courant sanguin il peut être aiguillé vers le foie ou le cœur droit. Et à propos de cet auteur, avant d'étudier la suite de la migration de l'embryon ainsi lancé dans la circulation générale, nous devons signaler que les localisations extra-hépatiques des kystes hydatiques caractérisent essentiellement l'échinococcose secondaire, qu'on retrouve ou non traces du kyste antérieur.

Dévé a ainsi montré que les têtes de ténia, mises en liberté par la rupture, soit traumatique ou opératoire, soit spontanée, d'un kyste, peuvent se transformer en hydatides et donner naissance à de véritables kystes échinococciques fertiles (en particulier, échinococcose péritonéale, toujours secondaire de Dévé).

Cette greffe peut être circonscrite ou, au contraire se produire par la voie circulatoire, et Devé a pu même la réaliser expérimentalement sur le lapin, déterminant ainsi à volonté la formation de kystes échinococciques secondaires, dont il a pu reproduire toutes les localisations.

Quoi qu'il en soit, nous laisserons de côté les kystes coexistant avec d'autres tumeurs hydatiques, le plus sou-

(1) F. Devé. De l'échinococcose secondaire, 1901; Les kystes hydatiques du foie, 1905. Comptes rendus de la Société de Biologie, Paris, depuis 1901.

vent viscérales, pour n'étudier que les kystes hydatiques localisés à la paroi abdominale, unique manifestation de l'infection. Nous venons de voir en effet par ces données pathogéniques que les kystes hydatiques sont susceptibles de se développer dans toutes les parties du corps, les plus éloignées et les plus inaccessibles qu'elles puissent paraître.

L'embryon qui est arrivé au cœur gauche, va se trouver lancé dans l'aorte; il peut, par exemple, pénétrer de suite dans la carotide pour aller s'arrêter dans l'un des innombrables réseaux de capillaires du cou; ou bien dans d'autres troncs vasculaires et nerveux importants (Brassart), comme enfin dans n'importe quelle région la plus reculée.

Et c'est ici qu'apparaît le rôle du traumatisme: il est évident qu'il ne fera pas naître l'embryon s'il n'existait pas, mais il paraît nettement favoriser l'arrêt de sa migration.

Marguet y voyait un phénomène de vaso-constriction, retenant le germe. Bertelé, et Le Dentu et Delbet se rangent à son avis, admettait qu'il se formait par rupture fibrillaire un hématome où l'embryon, en quelque sorte extravasé, trouvait un admirable terrain de développement. Et Gorse, pensant, avec Segond, que le traumatisme donne une impulsion nouvelle au développement d'une hydatide déjà existante, met en relief avec beaucoup de vigueur cette influence. Nous le retrouverons en effet dans l'observation personnelle de Lenormant où il s'agit d'un effort brusque et surtout dans celle de Gorse où le kyste s'est développé à peine quelques jours après le coup; enfin dans celle de Chauvin: là, il y eut des phénomènes graves, avec vomissements sanglants et selles noirâtres, ayant peu duré, puis développement lent et progressif depuis vingt-sept ans.

Rétrospectivement, ne pourrait-on pas admettre que le coup, très sévère, dut produire une rupture d'un kyste hydatique viscéral préexistant qui, normalement aseptique, occasionna une légère réaction péritonéale se traduisant par des vomissements de courte durée. Quant aux débris d'hydatides qu'on retrouve en pareil cas dans les déjections, il est plus que probable que le malade n'ait pas été en état de s'en rendre compte.

Il est également vrai que la préexistence d'un kyste viscéral n'est pas du tout démontrée : dans un organe quelconque, le malade se serait rendu compte de la tumeur ; dans le foie, il aurait alors présenté des accidents en rapport avec l'existence du kyste et le malade ne les accuse pas du tout. Nous nous trouvons seulement, après 27 ans, en présence d'un kyste rentrant bien dans le cadre de notre étude, unique manifestation de l'infection, et cette interprétation viendrait plutôt faire simplement une preuve en moins en faveur de l'influence du traumatisme, encore qu'il soit manifeste que la tumeur s'est développée au point contus.

En tout état de cause, nous pouvons encore remarquer que sont le plus fréquemment atteints par l'échinococcose les muscles des régions fréquemment exposées aux traumatismes, telles que la nuque, par le port des fardeaux, ou bien les muscles appelés à fatiguer beaucoup, tels que les adducteurs, la masse sacro-lombaire, les triceps cruraux (1). Ce n'est pas le cas des muscles de la paroi abdominale, on comprend d'autant plus qu'ils soient si rares dans la rareté même de la localisation musculaire (Thomas 2 p. 100, Madelung, cité par Laurenti, *loc. cit.*, 1,5 p. 100).

(1) Tableau de fréquence de l'échinococcose musculaire, par Le Dentu et Delbet ; — Paugam, *Thèse Bordeaux*, 1915.

Et, pour conclure, nous admettrons donc que le traumatisme, s'il n'est pas indispensable, joue un rôle considérable dans la formation des kystes échinococciques musculaires et en particulier des kystes de la paroi abdominale antérieure.

CHAPITRE III

Ainsi donc va se développer l'embryon amené et fixé à la région abdominale. Suivant que ce sera dans le fascia transversalis ou la couche conjonctive qui recouvre le feuillet pariétal du péritoine ou bien dans l'épaisseur même des muscles ou les espaces intermusculaires, nous aurons affaire aux deux variétés qu'on distingue dès le début : kystes pré-péritonéaux et kystes intra-pariétaux.

Quelle est leur fréquence relative ?

Ledderhose admet que les kystes pré-péritonéaux étaient les plus fréquents, se basant sur l'opinion de Moutet qui comptait trois kystes de cette variété pour deux kystes musculaires. Lenormant revenait sur cette assertion et trouvait, sur 21 cas, 16 kystes développés dans l'épaisseur ou dans les interstices des muscles, et 5 seulement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; d'après sa statistique donc, les kystes musculaires étaient environ trois fois plus fréquents que les kystes pré-péritonéaux. Cette opinion restait également celle de Gorse qui depuis n'apportait que son seul cas de kyste pré-péritonéal. Enfin, des observations que nous publions, deux appartiennent à cette variété : celle de M. Chauvin, qui paraît nettement pré-péritonéale par ses caractères anatomiques et cliniques et la nôtre, qui se trouverait donc être la huitième, faisant toutefois nos réserves quant à celles que nous n'avons pu obtenir, celle de Vergano en particulier.

1° *Kystes des muscles de la paroi.* — Ils ont les caractères habituels des kystes musculaires (Marquet). Leurs dimensions sont habituellement modérées parce que, disait déjà Montet « ceux qui naissent entre les plans aponévrotiques et musculaires trouvent à leur extension des limites naturellement indiquées par les diverses séparations et réunions qui s'opèrent entre eux ».

Ils présentent habituellement des adhérences laches avec les muscles ou les aponévroses, mais le plus souvent aussi ils ont en un point de leur surface une adhérence solide qu'il faut sectionner, après avoir pu isoler facilement le reste de la tumeur.

Le liquide du kyste présente également les caractères habituels du liquide hydatique; il est transparent, clair « comme l'eau la plus pure », signe pathognomonique lors de la ponction ou de l'incision. Seuls, Adams et Polaillon ont noté un liquide jaune paille, de couleur rappelant celle de l'urine. On y trouve aussi des vésicules caractéristiques, de petit volume, variant de celui d'un gros pois à celui d'une tête d'épingle (Vigneron, Treuberg); le plus souvent, on n'en mentionne pas le nombre, toujours très petit, à moins qu'il ne soit vraiment minime (3: Legrand; 2: Laurenti) ou même nul (Adams, Péan, Goutscharow, Lenormant).

Quant à leur situation, Lenormant indiquait ces chiffres:

Fosse iliaque et région de l'épine iliaque antéro-supérieure	6 cas
Région postéro-latérale	2 —
Région médiane antérieure	2 —
Voisinage du rebord costal et région splénique, chacun	1 —

Laurenti situe son cas dans le « quadrante inferiore destro dell addome », c'est-à-dire la région de la fosse iliaque

droite, et nous trouvons également spécifiée par Blaksley la région inguino-crurale.

« Tous les muscles et toutes les aponévroses qui constituent la paroi abdominale peuvent être le siège primitif du kyste hydatique : il occupait l'épaisseur même du grand oblique chez les malades de Vigneron et Tcherniawsky ; il était situé entre le grand et le petit oblique chez l'opéré de Péan et chez celui de Lenormant ; vraisemblablement aussi chez celle de Treuberg, qui découvrit le kyste « sous l'aponévrose superficielle » ; il peut se rencontrer également entre le petit oblique et le transverse (Tiling), ou dans un dédoublement de l'aponévrose du petit oblique (Legrand). Les muscles grands droits peuvent être atteints comme les muscles larges : Teewann, Giralès, Verneuil ont trouvé des kystes dans l'épaisseur de ces muscles, et la tumeur enlevée par Goutscharow siégeait en arrière du grand droit, au devant du feuillet postérieur de la gaine de ces muscles ».

Nous voyons même Laurenti dire que le kyste qu'il avait observé, parut à l'examen « superficiel, à même la paroi, entièrement mobile » ; lorsqu'il intervint, il vérifia l'exactitude du rapport anatomique qu'il avait ainsi diagnostiqué, puisque le kyste présentait à peine « de lâches adhérences avec l'aponévrose du grand oblique ».

Faut-il vraiment croire que le kyste s'est développé directement dans le tissu cellulaire sous-cutané, nettement sus-aponévrotique ? Le chirurgien italien n'insiste pas sur la localisation précise ; et nous pensons qu'il faut plutôt y voir un kyste formé dans une sorte de dédoublement de l'aponévrose du grand oblique, de laquelle, en s'accroissant, il s'est pour ainsi dire, énucléé, tout en refoulant sous lui la couche musculaire, mais conservant toujours des

rapports plus ou moins étroits. Nous retrouverons ce cas également à propos des caractères cliniques.

2° *Kystes hydatiques pré-péritonéaux*. — Presque toujours, il s'est agi de tumeurs très volumineuses, occupant une vaste étendue de la paroi abdominale et renfermant une grande quantité de liquide et de vésicules. En effet, cette couche cellulaire dans laquelle ils se développent ne présente aucun cloisonnement, aucune limite susceptible d'arrêter leur accroissement en surface; ils n'éprouvent aucun obstacle à leur progression et finissent par former de vastes tumeurs diffluses, sans limites bien nettes, qu'il s'agisse d'une augmentation générale du ventre, dont la circonférence a pu atteindre 5 pieds (cas de Boudet, 95 cm. (cas de Courty) et même 17 cm. (cas de Moutet), ou simplement d'un envahissement d'un seul côté de la paroi, comme chez le malade de Goutscharow, dont la tumeur remontait jusqu'un peu au-dessus de la crête iliaque, atteignait en dedans la ligne médiane et se perdait insensiblement en arrière dans les muscles du dos.

D'aussi volumineuses tumeurs renferment une très grande quantité de liquide et de vésicules. Moutet déjà faisait ressortir que ces kystes de la paroi renfermaient proportionnellement beaucoup plus de liquide et surtout de vésicules que les kystes viscéraux les plus volumineux. Son cas fournissait l'un des chiffres les plus remarquables, 15 litres de liquide et une masse innombrable d'hydatides pesant 4.500 grammes, avec celui, qu'il rapportait également, de Boudet: 20 pintes de liquide et 4.000 hydatides.

• Leur volume est variable; en général, il y en a toujours de très grosses, difficiles à extraire par l'incision si elles sont intactes. Moutet a ainsi enlevé une vésicule vide qu'il prit d'abord pour l'épiploon « en raison de son étendue, de

sa couleur grisâtre et sa surface inégale et comme chagrinée » et qui aurait facilement contenu une tête d'adulte (Lenormant).

Les kystes pré-péritonéaux semblent donc s'opposer très nettement aux kystes intra-pariétaux par leurs dimensions d'abord, qui sont d'une grande importance au point de vue du diagnostic du siège anatomique comme nous le verrons, et par leur contenu.

Néanmoins, on ne peut encore affirmer la constance des caractères de cette variété; et, faisait justement remarquer Lenormant « au début de leur évolution ces kystes constituent de petites tumeurs circonscrites tout comme les kystes musculaires; et ce n'est que plus tard qu'ils acquièrent les grandes dimensions qui leurs sont spéciales. Ainsi la tumeur observée par Degner avait débuté douze ans auparavant et elle avait alors le volume d'un pois; quelques années après, elle était grosse comme un œuf de poule; quand on l'opéra, elle mesurait trois travers de main. De même l'énorme kyste, ponctionné par Courty, qui mesurait alors 80 centimètres de circonférence à la base, était apparu trente-cinq ans auparavant et était alors gros comme une noix ».

Nous rapprocherons de ce facteur durée le fait que Gorse a opéré un kyste gros comme un œuf de dinde et qui avait commencé à évoluer depuis deux mois seulement; notre cas, où le kyste se développant depuis quatre mois, était arrivé du volume d'une noix à la grosseur du poing environ; et même la tumeur opérée par M. le professeur Forgeue avec M. Chauvin, après 27 ans de développement, n'avait que 18 centimètres dans sa plus grande dimension mesurée *in situ*.

Cette même tumeur ne contenait que quelques hydatides, ainsi que la nôtre; Gorse ne trouvait également que quel-

ques scolemais dans un liquide clair, semblable à celui des kystes musculaires, cas qu'il rapprochait de ceux cités par Lenormant; celui très net de Goutscharow, et deux autres kystes, secondaires ceux-là, coexistant avec des kystes viscéraux, observés par Barbarin (1) et Dupré-Deveaux.

En résumé donc, les kystes pré-péritonéaux et les kystes intra-pariétaux présentent des caractères anatomiques nettement différenciés, sans que pourtant on puisse encore les distinguer d'une manière précise et définitive, étant donné le nombre trop petit de cas observés, surtout des kystes pré-péritonéaux.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, juin 1900.

CHAPITRE IV

Nous allons encore étudier séparément dans leur symptomatologie les deux variétés de kystes.

1° *Kystes des muscles de la paroi.* — Les symptômes fonctionnels sont peu marqués; le début est insidieux, le développement lent et insensible, à tel point que le plus souvent on ne s'en rend compte que lorsqu'il a atteint déjà un certain volume, ou à l'occasion d'un mouvement brusque ou un effort qui, point ainsi dire, l'énuclée vers la surface sous l'influence de la contraction musculaire, alors qu'il existait déjà profondément situé et peu appréciable. Il en est ainsi en particulier dans le cas de Lenormant, une femme enceinte, donc à la paroi fatiguée par la distension continue, chez qui la tumeur est apparue brusquement, grosse déjà comme un œuf de poule, à la suite d'un effort que cette malade faisait pour se redresser.

Il est encore intéressant de remarquer que le malade de Laurenti est entré à l'hôpital avec le diagnostic de bronchite chronique; c'est donc un toussEUR, habitué à avoir des contractions brusques, presque spasmodiques pourrait-on dire, de la paroi abdominale et cette constatation viendrait corroborer heureusement notre hypothèse sur la genèse de la superficialité du kyste, à savoir un kyste formé tout d'abord dans l'aponévrose ou un dédoublement

de l'aponévrose du grand oblique, qui s'est progressivement extériorisé en refoulant au-dessous de lui la couche musculaire, avec laquelle il conservait pourtant de lâches adhérences.

En tous cas, il semble bien qu'habituellement le kyste est reconnu quand il a atteint déjà un certain volume, une grosse noix ou un œuf; et ce serait encore là la meilleure preuve de l'indolence et de l'absence de troubles fonctionnels presque absolues de leur développement.

Les signes physiques sont plus nets:

A l'inspection, il s'agit habituellement de tumeurs allongées, régulières; les limites paraissent distinctes et la surface en est lisse, ne présentant aucune modification particulière, comme par exemple le développement d'un réseau veineux anormal. A son niveau, la percussion légère donne un son mat. La palpation permet le plus souvent de préciser davantage les contours et surtout d'en apprécier la consistance. On a coutume de rappeler à ce sujet la formule de Denonvilliers: tumeur régulière, à évolution plus ou moins lente, dure; ronde, ajoutait Trélat, en insistant encore sur la dureté, comparable à celle d'une tumeur solide, du kyste hydatique musculaire, ordinairement surdistendu par le liquide contenu.

Ce caractère se retrouve toujours dans les kystes de la paroi abdominale sauf quelquefois dans certaines tumeurs lorsqu'elles atteignent des dimensions considérables (cas de Polaillon, Adams, Goutscharow).

Quant au frémissement hydatique, on n'a jamais pu l'observer.

Et pourtant, Laurenti, s'appuyant sur les ouvrages de chirurgie ou pathologie chirurgicale de Durante, Bergmann et Tillmann, qu'il cite comme références, dit textuellement: « Les kystes échinococciques de la paroi antérieure

de l'abdomen, présentent presque toujours une fluctuation nette et le frémissement caractéristique ». Nous pensons plutôt qu'il a pu retrouver ces caractères chez son malade parce que le kyste était complètement sous la main si l'on peut s'exprimer ainsi, à même la paroi, dégagé de cette sorte de bride que forment les fibres musculaires qui entourent le kyste. Toutefois, on n'admet pas que la contraction musculaire vienne modifier beaucoup sa consistance, naturellement dure, et dans les rares cas où la tumeur était fluctuante, il n'est pas dit si la contraction faisait disparaître cette fluctuation.

Enfin, un autre caractère important, consiste dans les connexions de la tumeur :

« Elles se révèlent assez facilement à une palpation attentive, et le siège exact a été le plus souvent reconnu. Le kyste est assez superficiel, bien que parfaitement indépendant de la peau qui est mobile sur lui; d'autre part, il fait corps avec la paroi dans laquelle il est comme enchassé.

» En soulevant la tumeur, on attire la paroi; si le sujet n'est pas trop gras, on peut enfoncer les doigts au-dessous de la tumeur et constater qu'elle n'a pas de connexions profondes, qu'elle ne s'enfonce pas dans la cavité abdominale. Au repos elle présente une certaine mobilité dans le sens vertical et transversal; elle suit les mouvements de la paroi et soulève à l'inspiration (Goutscharow).

» La contraction des muscles pariétaux l'immobilise complètement et c'est là le symptôme capital qui permet d'en affirmer ses connexions. Je n'ai vu signalé dans aucune observation la diminution de la saillie de la tumeur par cette contraction, et je crois en effet que la lame musculaire qui recouvre le kyste lorsqu'il s'est développé au-dessous du grand oblique est trop amincie et trop atro-

pliée pour agir sur lui d'une façon bien efficace » (Lenormant).

Il paraît donc relativement facile de déterminer à peu près exactement les rapports de la tumeur et des différentes couches musculaires ou aponévrotiques de la paroi abdominale.

2° *Kystes hydatiques pré-péritonéaux*. — Les symptômes fonctionnels sont plus accentués, en proportion avec le volume et l'étendue de la tumeur : c'est un amaigrissement et un affaiblissement progressifs et pouvant arriver à un degré extrême (Courty, Moutet), ce sont surtout des troubles de compression se traduisant par une constipation opiniâtre, avec troubles dyspeptiques ou bien de la gêne de la miction, sans troubles de la sécrétion urinaire.

On ne peut vraiment pas beaucoup ajouter au tableau aussi exact que minutieux donné de ces kystes par Moutet et rapporté par Lenormant :

« Une tumeur, apparaissant à l'abdomen sans y être annoncée par une cause générale ou une modification locale préalable et suivie de douleurs tardives ; affectant une étendue circonscrite à un point de l'abdomen ou occupant toute sa superficie ; plus ou moins bosselée dans le premier cas, régulièrement arrondie, mais plus saillante sur la ligne médiane dans le second (des cas qu'il a observés) ; déterminant un amincissement extrême de la peau, mais sans œdème du tissu cellulaire ni dilatation variqueuse des veines sous-cutanées ; élastique, plus ou moins facile à délimiter par la palpation, mais susceptible de l'être au moins dans une de ses parties, même dans le cas de distension excessive ; donnant à la percussion un son mat dont le siège n'éprouve aucune modification à la suite des changements de position et reste fixe comme la forme elle-même que son

développement a imprimée au ventre; fluctuante et transmettant au doigt une sensation particulière de frémissement, ne provoquant ni troubles respiratoires, ni troubles digestifs profonds, mais un malaise général, laissant subsister l'appétit, la soif, la sécrétion urinaire; n'entraînant aucun arrêt dans la circulation veineuse et par suite aucune infiltration dans les membres inférieurs; n'excitant aucune perturbation dans la circulation générale, sauf à une période avancée; coexistant avec toutes les apparences de la santé; d'une extrême lenteur dans sa marche, et résistant à l'action de tous les agents résolutifs »

Cependant Moutet exagère la constance et l'importance clinique de la fluctuation et du frémissement.

La fluctuation a été observée par Courty et Moutet, elle manquait dans le cas de Boudet. Goutscharow disait que la tumeur était élastique; Chauvin percevait bien de la fluctuation, mais très vague, seulement au pôle supérieur; Gorse et nous-même notions plutôt une rénitence profonde en raison sans doute des dimensions beaucoup plus restreintes.

Quant au frémissement, s'il existe bien sur le kyste une fois extériorisé en entier (Gorse), il n'a jamais pu être observé avant l'intervention, c'est-à-dire servir à poser le diagnostic.

CHAPITRE V

En somme, il semble bien que le diagnostic différentiel entre kystes des muscles de la paroi et kystes pré-péritonéaux soit relativement facile.

Ceux-là sont des tumeurs nettement circonscrites, petites, régulières, toujours très dures fixées par la contraction et dont une palpation attentive a presque toujours permis de déterminer le siège exact dans l'épaisseur de la couche musculo-aponévrotique : tous caractères en opposition avec ceux que nous venons de décrire pour les kystes pré-péritonéaux.

Néanmoins, nous devons rappeler encore les réserves faites au sujet de cette distinction trop catégorique, étant donné le petit nombre d'observations de kystes appartenant à cette dernière variété, et aux variations assez considérables que l'on peut trouver dans ces kystes mêmes. Et certainement, si l'on se trouve en présence d'un kyste nettement circonscrit, de petit volume et de plus présentant de fortes adhérences musculaires comme dans le cas de Gorse, la confusion pourra être relativement facile.

Il faudra surtout compter sur ce fait qu'on n'arrive pas le plus souvent à déterminer les rapports de la tumeur avec les différentes couches musculaires ou aponévrotiques de la paroi abdominale, sur cette imprécision des sensations que l'on perçoit dans les kystes pré-péritonéaux.

Quoi de plus saisissant en effet que la comparaison entre les deux cas de Laurenti et de Chauvin où le kyste fut trouvé immédiatement sous la paroi. Le premier posa le diagnostic, la tumeur avait tous les caractères des kystes musculaires, tandis que le second ne pouvait en fixer avec certitude le siège : il semble, disait-il, que la tumeur plonge dans les plans profonds, mais la sensation en est assez obscure ; son siège, son liquide devaient en effet la faire entrer dans le cadre des kystes pré-péritonéaux.

Lorsque ceux-ci atteignent des dimensions considérables on a pu les prendre pour des kystes de l'ovaire ou pour de l'ascite : ces erreurs paraissent aujourd'hui bien difficiles à commettre, les zones de matité et, pour l'ascite, leurs déplacements avec le changement de décubitus sont bien caractéristiques.

Le diagnostic en sera à faire plutôt, avec des lésions profondes, intra-abdominales, naturellement en rapport avec la région considérée ; et même, croyons-nous volontiers, avec des tumeurs rétro-péritonéales, lorsque toutefois le degré de développement est plus modéré : c'est ainsi que, après avoir écarté le diagnostic de siège rénal, nous avons pu envisager sérieusement la localisation du kyste à la surface de la fosse iliaque derrière le péritoine, remontant même jusque dans les environs de l'atmosphère péri-rénale, et que nous fîmes cette incision qui, para-axiale à la tumeur, nous eût permis l'accès au rein sans ouvrir le péritoine.

Quant au diagnostic de la nature anatomique de la tumeur, il est rarement posé.

Dans les 21 observations rapportées par Lenormant, on a posé sept fois un diagnostic et il n'a jamais été pleinement exact. On sait que c'est là un caractère commun aux kystes hydatiques musculaires en général : « Le diagnostic

exact a été posé en moyenne une fois sur sept des cas pris dans leur ensemble et une fois sur quatre environ des diagnostics portés ce qui revient à dire que les auteurs se sont trompés en moyenne trois fois sur quatre » (Marguet).

Le lipome a été le plus souvent confondu avec le kyste hydatique musculaire: pour la paroi abdominale, celà semble bien difficile étant donné et le siège superficiel et la consistance molle du lipome.

L'hématome est déjà plus difficile à distinguer: le traumatisme, l'effort brusque sont fréquemment observés, nous le savons, dans les commémoratifs; c'est l'évolution différente qui tranchera la question, à supposer que cet hématome soit vraiment dur et nettement limité.

Le fibrome constitue l'erreur la plus fréquente dans le cas de kyste de la paroi: quatre fois sur sept. Mais Lenormant fait très justement remarquer que « fibrome et kyste hydatique n'ont qu'un seul caractère commun, leur consistance: tous deux sont des tumeurs dures; encore y a-t-il à une palpation attentive quelque différence entre la rénitence élastique du kyste et la dureté absolue, solide du fibrome. Pour le reste, les deux lésions s'opposent: le fibrome appartient pour ainsi dire exclusivement à la femme, tandis que le kyste s'observe dans les deux sexes, peut-être plus souvent chez l'homme; le kyste est sphérique ou ovoïde, nettement saillant; le fibrome est aplati en galet; le kyste est régulier, lisse, alors que le fibrome est souvent bosselé; le kyste peut siéger en un point quelconque de la paroi, le fibrome a une zone d'élection près de la ligne blanche au niveau des portions aponevrotiques et il ne s'observe pas dans la région postéro-latérale ».

Aussi n'était-il guère satisfait par son diagnostic de fibrome, diagnostic qu'il avait fait « par exclusion, ne

voyant pas quelle autre tumeur circonscrite pouvait siéger dans les muscles de la paroi ».

Ainsi donc dans la pratique, en présence d'une tumeur musculaire, on pensera le plus fréquemment à un abcès froid musculaire ou un lipome, on ne songera guère à faire une recherche biologique, comme la réaction de Weinberg; c'est à plus forte raison que l'on négligera ces recherches, que l'on n'envisagera même pas la possibilité d'un kyste hydatique avec cette localisation.

Et pourtant tout le secret du diagnostic est là: il est relativement simple, il suffit d'y songer et le kyste hydatique est pour nous, nord-africains, d'une observation trop courante pour que notre attention ne soit toujours attirée vers son existence.

M. le professeur de Rouville, discutant le cas de M. Chauvin, rappelait que le professeur Duplay avait l'habitude de dire qu'en présence d'une tumeur liquide de diagnostic difficile, il fallait toujours penser au kyste hydatique.

Sans recourir à la ponction, nous avons aujourd'hui, avec la méthode de Bordet-Gengou, la précipito-réaction de Fleig et Lisbonne, et l'éosinophilie, souvent infidèle il est vrai, de bons moyens de nous en assurer dès l'abord.

CHAPITRE VI

Nous avons vu que l'évolution des kystes des muscles de la paroi abdominale était fort lente dans les deux variétés.

Elle ne comporte habituellement aucune réaction sur l'état général, rarement des troubles de compression assez graves dans les kystes vastes et diffus de la variété pré-péritonéale.

La suppuration est très rarement observée; plus fréquentes sont les altérations histologiques des organes et des tissus: l'atrophie des muscles est généralement légère, mais parfois aussi très marquée, comme dans le cas de Chauvin, où l'incision alla ouvrir la poche kystique immédiatement sous des téguments lardacés et épaissis. Et cette poche reposait sur le péritoine par l'intermédiaire de couches stratifiées, que cet auteur a supposé représenter peut-être la paroi disparue; ce kyste aurait été alors premièrement intra-pariétal, son siège pré-péritonéal n'eut été qu'apparent, tandis qu'il se révèle nettement pré-péritonéal par son étendue assez considérable, son liquide louche contenant de nombreuses vésicules, sa consistance fluctuante par endroits. Il y aurait donc plutôt là un phénomène comparable à cette calcification qu'on retrouve très souvent sur différents points de la surface de la vésicule mère.

Cette action érosive ne paraît pas devoir être assez con-

sidérable pour causer des complications graves, car une seule fois, dans le cas de Degner, le kyste, abandonné à son évolution naturelle, est venu s'ouvrir à la paroi : pourtant cette évolution put durer des dix-sept, vingt-sept et même trente-cinq années.

Le traitement de choix est absolument indiqué pour les kystes musculaires : c'est l'extirpation totale ; elle a donné des succès complets, elle paraît toujours possible.

Pour les kystes pré-péritonéaux, s'ils sont pris à leur début, leur pronostic est aussi bénin que celui des kystes musculaires et le traitement de choix en est encore l'ablation complète.

Ceux qui sont très gros évidemment sont moins bénins, de par les troubles mécaniques qu'ils peuvent déterminer, et d'autre part on ne peut en fixer une fois pour toutes les règles du traitement : l'extirpation complète de la poche paraît difficile à bien réaliser, quoiqu'ayant l'avantage d'assurer une cicatrisation plus rapide, sans danger de suppuration secondaire de la poche et de fistule. Il vaut mieux dans ces cas-là l'ouvrir, faire un curettage méthodique puis capitonnage et suture sur un drain. Ce sera encore le traitement du kyste s'il est suppuré.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes hydatiques de la paroi abdominale peuvent être l'unique manifestation de l'infection échinococcique ; ils constituent une affection rare ; on y distingue deux variétés : kystes des muscles de la paroi et kystes pré-péritonéaux ; cette dernière variété est la plus rare.

II. — Le traumatisme joue un rôle important comme cause déterminante dans l'évolution de ces kystes, évolution caractérisée par sa longue durée et son indolence absolue.

III. — Ces deux variétés présentent des caractères anatomiques et cliniques nettement différenciés, sans que toutefois on puisse encore en faire un tableau précis et définitif, étant donné le nombre trop restreint de cas publiés et les variations assez considérables qu'ils comportent..

IV. — Le diagnostic différentiel entre les deux variétés est relativement facile, parce qu'on arrive généralement à préciser les rapports de la tumeur quand elle est intra-pariétale, tandis que les sensations restent toujours bien confuses dans la variété pré-péritonéale.

La nature hydatique en est rarement reconnue à l'avance, parce que, dans la pratique, on ne songe pas habituellement à cette localisation, et pourtant si, en présence d'une tumeur « ronde, dure, régulière », on pensait à la

possibilité du kyste hydatique, la confusion avec d'autres tumeurs de nature différente paraît bien difficile.

V. — En tous cas, il suffirait d'établir immédiatement ces recherches biologiques qui ont largement fait leurs preuves, méthodes de Bordet-Gengou ou de Fleig-Lisbonne.

Et ainsi, décelant de bonne heure la nature de la tumeur, établissant par là une indication opératoire formelle dès les premiers stades de leur développement, nous pouvons espérer voir bientôt disparaître ces kystes pré-péritonéaux énormes, dont un seul en somme appartient à la période contemporaine, et qui, par leur vaste étendue et leur contenu venaient assombrir des pronostics général et opératoire habituellement bénins. En évitant leur accroissement exagéré, ils rentreraient alors dans le cadre des kystes musculaires.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 17 novembre 1920

Le Recteur:
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 17 novembre 1920.

Pour le Doyen :
L'Assesseur délégué,
FORGUE.

SÉRMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
